



ETELÄ-SAVON  
SAIRAANHOITOPIIRI



## Kotiutuksen tehostaminen ja kehittäminen Etelä-Savon sairaanhoitopiirin ky:ssä

11.9.2014 ESSO-hanke  
Irma Ahokas-Kukkonen, hankekoordinaattori  
Tuula Taivalantti-Ripatti, ylihoitaja

Hyväksytty MKS:n jorjyssä 16.9.2014

Etelä-Savon sairaanhoitopiirin ky.  
Porrassalmenkatu 35-37  
50100 MIKKELI  
Puh. (015) 3511  
Faksi (015) 351 2505

Mikkelin keskussairaala  
Porrassalmenkatu 35-37  
50100 MIKKELI  
Puh. (015) 3511  
Faksi (015) 351 2200

Moision sairaala  
Moisiontie 9  
50520 MIKKELI  
Puh. (015) 3511  
Faksi (015) 335 096

Sähköposti:  
etunimi.sukunimi@esshp.fi  
kirjaamo@esshp.fi  
www.esshp.fi  
Y-tunnus 0825508-3  
Alv rek.

# SISÄLTÖ

1. Taustaa kotiutuksen kehittämiseksi ja alueellisen verkostomallin käyttöönotolle .....	3
2. Kotiutukseen liittyviä yleisiä käsitteitä .....	4
3. Kotiutuminen potilaan näkökulmasta .....	6
4. Etelä-Savon sairaanhoitopiirin ky:n koordinoivan/kotiutushoitajan tehtäväalue .....	7
4.1. Kotiutushoitajan tehtäväalue .....	7
4.2. Koordinoivan hoitajan tehtäväalue.....	7
5. Kotiuttamisen alueellinen verkostomalli.....	9
6. Perehdytys .....	10
6.1. Kehittävän vertaiskäynnin malli .....	11
6.2. Kehittävän vertaiskäynnin arviointilomake .....	12
7. Toiminnan seuranta ja arviointi .....	14

## 1. Taustaa kotiuttamisen kehittämiseksi ja alueellisen verkostomallin käyttöönotolle

Sairaanhoitopiirin hallitus hyväksyi 7.11.2013 tuottavuusohjelman, joka on valmisteltu osana Etelä-Savon sairaanhoitopiirin talousarvion ja suunnitelman 2014-2016 sekä sairaanhoitopiirin strategian valmistelua. Tuottavuusohjelma ei ole pelkästään sairaanhoitopiirin kehitystyötä, vaan siihen hyväksyttiin kytkettäväksi alueen kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon prosessit ja hoitoketjut. Erikoissairaanhoito on vain osa potilaan hoitoketjua. Prosesseja kehittämällä on tuottavuutta lisätty toimintaa supistavilla toimilla mm. vuodeosastotoiminnassa, vuodeosastoja on yhdistetty ja vuodepaikkojen määrää vähennetty.

Tuottavuusohjelmassa todetaan, että työyksikötasolla tarvitaan eri resurssien joustavaa yhteistä käyttöä, sisältäen esim. henkilökunnan joustavan käytön eri yksiköiden välillä. Strategian ja tuottavuusohjelman sisäistäminen ja sitoutunut toteuttaminen koko henkilökunnan osalta on tärkeää, koska tulevaisuudessa toimintaympäristön ja rahoituksen muuttuessa entiset ja nykyiset toimintamallit eivät ole enää mahdollisia.

Asiakasnäkökulmana ohjelmassa korostetaan sujuvaa hoitoa, asiakastyytyväisyyttä ja vaikuttavaa palvelutoimintaa, mikä parhaimmillaan muodostaa potilaalle erinomaisen palvelukokemuksen.

Tuottavuusohjelman mukaisesti potilas/asiakastilanteet on hoidettava ammattimaisesti ja palvelun laatu on standardisoitava. Mm. sähköisen asioinnin mahdollisuuksia tulee käyttää entistä laajemmin.

(Etelä-Savon sairaanhoitopiirin tuottavuusohjelma 2014–2016 versio 1.0, Hallitus 7.11.2013)

Asiakkaan/potilaan kotiuttaminen tai jatkohoitoon siirtäminen on tärkeä hoitoprosessin ja palveluketjun vaihe, jossa tarvitaan entistä selkeämpää työnjakoa, asiantuntemusta palvelujärjestelmästä ja sähköisten apuvälineiden käytön tehostamista, esim. SAS-työpöydän nykyistä laajempaa ja systemaattisempaa käyttöönottoa.

Sairaanhoitopiirin peruskuntien, päivystysalueen ja vuodeosastojen kanssa tarvitaan nykyistä tiiviimpää yhteistyötä, jotta potilas saa sairauden akuuttihoitovaiheen jälkeen riittävän hoidon, hoivan tai tuen sairaudesta toipumisessa ja arjessa pärjäämisessä. Kotiuttamisen tehostamisen keskiössä ovat monipalvelun käyttäjät tai moniongelmaiset potilaat, jotka tarvitsevat erityistä tukea optimaalisen jatkohoidon järjestämiseen tai kotiuttamiseen yhteistyössä vastaanottavan tahon kanssa. Tavoitteena on, että ns. sairaalahoitokierre saadaan pysäytettyä ja potilaan palvelukokonaisuus toteutettua tarvelähtöisesti.

Sairaanhoitopiirin alueella Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystoimessa ja muissa sairaanhoitopiirin kunnissa on organisoitu kotiuttamisen ja jatkohoidon malli, joka täydentyy erikoissairaanhoidon asiantuntijatiimillä kotiuttamisen alueelliseksi verkostomalliksi.

Nyt keskussairaalaan mallinnetaan potilaan kotiutukseen ja kotiutustoiminnan koordinoimiseen kotiutus- ja koordinoivanhoitajan malli, jotka voidaan tarvittaessa eriyttää. Malliin yhdistetään tiivis potilaslähtöinen yhteistyö sosiaalityön ja kuntoutuksen asiantuntijoiden kanssa. Näin muodostuu tiimityön periaatteella toimiva kotiutuksen asiantuntijaryhmä.

Sairaalan perustehtävän mukaisesti olisi tarkoituksenmukaista sijoittaa kotiutus- ja koordinoivahoitaja yksikköön, joka antaa palveluja koko sairaalalle. Tämä mahdollistaisi organisaation sisäisten henkilöstöresurssivajeiden tunnistamisen sekä johdon informoinnin.

Kotiutustoiminnan kehittäminen perusterveydenhuollon yksikössä olisi uutta toimintaa, jonka tavoitteena olisi palvella koko sairaalaa ja kuntien perusterveydenhuoltoa hyvässä yhteistyössä, joten kotiutus- ja koordinoivan hoitajan olisi tarkoituksenmukaista olla kehittämistyön alkuvaiheessa perusterveydenhuollon yksikössä. Tällöin voitaisiin systemaattisesta arvioida toimintaa ja sen kustannusvaikutusta ennen toiminnan vakinaistamista. Tavoitteena olisi myös aidosti integroida ja jalkauttaa kotiuttamistoimintaa sosiaali- ja terveystalouksissa kuntien kanssa yhteistyössä.

## 2. Potilaan kotiutukseen liittyviä yleisiä käsitteitä

- Potilaan **joustavan kotiuttamisen** edellytyksenä on
  - o potilas itse ja läheiset voivat osallistua kotiutuksen suunnitteluun
  - o riittävä tiedonsaanti potilaan sairauden hoidosta ja toimintakyvystä ja kognitiivisista valmiuksista
  - o kotihoidon riittävän aikainen tiedonsaanti asiakkaan kotiutumisesta
  - o yhteistyö sairaalan ja potilasta vastaanottavan yksikön välillä
- **Kuntoutumista edistävä, potilaslähtöinen kotiuttaminen.** Potilasta tuetaan omatoimisuuteen, että hänen toimintakykynsä säilyisi ja hänen olisi mahdollista palata kotiin tai aikaisempaan / uuteen jatkohoitopaikkaan. Kaikki toiminta potilaan kanssa on kuntoutumista edistävää toimintaa; kävely/kävelyttäminen, wc-käynnit, omatoiminen ruokailu, pukeutuminen, jopa istuminen. Kotiuttamisessa selvitetään kotiutuvan asumisen esteettömyys, apuvälinetarve ja tehdään yhdessä hänen kanssaan kuntoutumista edistävä suunnitelma kotiin tai jatkohoitopaikkaan.
- **Hoitopalaverin** tarkoituksena on luoda yhteisiä hoitolinjoja kaikkien hoitoon osallistuvien tahojen kesken, että potilaan hoidon jatkuvuus olisi turvattu. Palaveri järjestetään kotiutuvan potilaan kohdalla siten, että siihen osallistuu aina potilas, lisäksi hänen omaisensa, lääkäri ja kotiutushoitaja ja/tai omahoitaja, sosiaalityöntekijä ja fysioterapeutti, ja tarpeen mukaan kotisairaalan, kotihoidon tai tehostetun palveluasumisen edustaja tai muun jatkohoitopaikan edustaja.
- **Kotiutushoitaja-toiminta** (koho-hoitaja) tarkoittaa toimintamuotoa, jolla pyritään potilaan sairaalasta kotiutumisen tehostamiseen. Kotiutushoitajat ovat yleensä koulutukseltaan sairaanhoitajia, terveydenhoitajia tai sosiaalityöntekijöitä. Toiminnan tavoitteena on vastata kotiutuvien potilaiden kotiutuksen suunnittelusta, jatkohoidon koordinoinnista ja jatkuvuudesta. Tämän edellytyksenä on sairaalan ja avohoidon tiivis yhteistyö ja riittävä tiedonkulku.
- **Koordinoivahoitaja** selvittää työvuoron alussa kaikkien vuodeosastojen paikka- ja henkilöstötilanteen sekä potilaiden hoitoisuuden, osallistuu tarvittaessa päivystyspotilaiden hoidon aloitukseen, potilassiirtoihin ja avustaa kiiretilanteissa sekä ohjaa tarvittaessa henkilökuntaa osastolta toiselle ruuhkatilanteissa. Hän kartoittaa työvuoron päättyessä vuodeosastojen tilanteen ja ilmoittaa päivystykseen päivystyspotilaita varten jäävät paikat sekä informoi osastoja vuodeosastojen kokonaistilanteesta.
- **Sosiaalityöllä** tarkoitetaan tavoitteellista asiantuntijatyötä, jossa rakennetaan yksilön, perheen tai yhteisön tarpeita vastaava sosiaalisen tuen ja palvelujen kokonaisuus, sovitetaan se yhteen muiden toimijoiden tarjoaman tuen kanssa sekä ohjataan ja seurataan sen toteutumista ja vaikuttavuutta.
- **Gerontologisen sosiaalityön** tavoitteena on vahvistaa ikääntyneiden hyvinvointia edistäviä olosuhteita, yhteisöjen toimivuutta ja vanhusten toimintakykyisyyttä. Gerontologinen sosiaalityö on luonteeltaan muutostyötä, joka perustuu yksilöiden, perheiden, ryhmien ja yhteisöjen sosiaalisten ongelmien tilannearviointiin ja ratkaisuprosesseihin. Sosiaalityöntekijän tehtävänä on puuttuminen vanhusasiakkaan akuuttiin vaikeaan elämäntilanteeseen. Hän selvittää mistä siinä on kysymys, yrittäen löytää välitön ratkaisu ja järjestää tarvittaessa muuta asiantuntija-apua. Sosiaalityöntekijän tehtävänä on varmistaa ja turvata vanhusasiakkaan hyvinvoinnin ja elämänlaadun perusedellytykset (taloudellinen tilanne, asunto, palvelujen saanti, fyysinen turvallisuus, tarpeelliset tiedot, toimiva ympäristö).
- **Sosiaalipäivystys potilaan kotiuttamisprosessissa**, nykytilanteessa sosiaalipäivystyksellä ei ole mahdollisuutta suunnitelmalliseen työskentelyyn kotiutuvan potilaan sosiaalisen tilanteen arvioinnissa, vaan sosiaalipäivystys voi vastata vain välittömiä toimenpiteitä vaativista tilanteista.

Sosiaalipäivystystä on suunniteltu siirrettäväksi osaksi somaattista päivystystä, jolloin sosiaali-päivystyksen resurssija olisi mahdollista käyttää nykyistä monipuolisemmin. Sosiaalipäivystyksen merkitys kotiuttamisprosessissa määräytyy ennen kaikkea sairaalaan hakeutumisen syystä. Mikäli ihmisen hoitoon liittyy välillisesti tai välittömästi sellaisia tekijöitä, joihin hoidon syyn voidaan katsoa vaikuttavan, voidaan sosiaalipäivystystä käyttää osana palveluprosessia, kuten esim. päihde-, väkivalta-, turvattomuus- ja jaksamattomuustilanteisiin, lapsen tai ikääntyneen erityisyyteen tai muihin sellaisiin tilanteisiin, jotka eivät ensisijaisesti vaadi terveydenhuollollisia toimenpiteitä. Sairaalan sosiaalityöntekijöiden ja sosiaalipäivystyksen työntekijöiden asema ja tehtävät osana kotiuttamistiimiä, päivystystä tai muuta sairaalan toimintaa on mallinnettava uudella tavalla.

- **Palveluohjaus** on sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkaan eri organisaatioille ja palveluntuottajille jakautuvien palveluiden yhteensovittamista, jonka tarkoituksena on selvittää asiakkaan yksilöllinen palvelutarve ja löytää sitä vastaavat palvelu- ja tukimuodot. Palveluohjauksessa korostuu asiakaslähtöisyys ja asiakkaan, hänen läheisten ja ammattilaisten välinen yhteistyö. Palvelukokonaisuutta suunniteltaessa huomioidaan asiakkaan etu, hänen toiveensa ja mielipiteensä sekä kunnioitetaan hänen itsemääräämisoikeuttaan.
- **Palveluketjulla** tarkoitetaan saman asiakkaan ongelmakokonaisuuteen kohdistuvaa ja organisaatio-rajat ylittävää suunnitelmallista ja yksilöllisesti toteutuvaa palveluprosessien kokonaisuutta. Palveluketjut edellyttävät, että jollakin toimintayksiköllä on vastuu asiakkaalle annettavien palvelujen ohjauksesta ja seurannasta.
- **Kotihoito** tarkoittaa sosiaali- ja terveydenhuollon hoito- ja hoivapalveluja, joissa yhdistyy asiakkaan tarvitsema kotipalvelu ja kotisairaanhoido. Osana kotihoitoa ovat kotiin annettavat tukipalvelut, kuten esim. turvapalvelu ja ateriapalvelu.
- **Kotisairaalahoito** on potilaan kotona tai kotiin verrattavassa hoitopaikassa annettavaa ympärivuorokautista hoitoa eri ikäisille henkilöille, mikä muutoin vaatisi välitöntä sairaalahoitoa. Kotisairaalassa potilaan hoitoon ottamisesta ja hänen kokonaisuhoidostaan vastaa lääkäri. Kotisairaalatasaista hoitoa toteutetaan usein myös palvelutaloissa, dementiakodeissa ja kehitysvammalaitoksissa. Yleisimmin kotisairaalassa tehtäviä toimenpiteitä ovat suonensisäistä antibioottihoitoa vaativat infektiot, nesteytys- ja ravitsemushoito, verensiirrot, haavahoidot, kivunhoito ja saattohoito.
- **Palveluasuminen** on asumista palvelutalossa tai ryhmäkodissa. Asukas on vuokrasuhteessa vuokranantajaan (kunta/yhdistys). Asiakkaan tarvitsemat hoidolliset palvelut järjestää kotihoito.
- **Tehostettu palveluasuminen** järjestetään paljon apua, hoivaa ja valvontaa tarvitseville henkilöille. Tehostetun palveluasumisen yksiköissä asukkailla on oma huone tai asunto ja lisäksi yhteisiä tiloja. Henkilökuntaa on paikalla ympäri vuorokauden. Tehostettua palveluasumista tuottavat kunnat, järjestöt ja yksityiset palvelun tuottajat.
- **Palveluseteli** potilaan kotiuttamisessa; palveluseteli on asiakkaalle myönnetty sitoumus maksaa yksityisen palveluntuottajan tuottamasta palvelusta ennalta määrätty kustannus (palvelusetelin arvo). Palveluseteli voi olla kotiutuspalveluseteli tai palveluseteli tilapäiseen kotihoitoon. Kunnan viranhaltija tekee päätöksen palvelusetelin myöntämisestä. Palvelupäätöksessä määritellään, mitä palveluja seteli kattaa ja voimassaoloaika. Palvelusetelin käyttö on asiakkaalle vapaaehtoista eikä asiakkaalla ei ole ehdotonta oikeutta saada palveluseteliä.

(Käsitteiden määrittelyyn on käytetty sosiaali- ja terveydenhuollon eri asiantuntijalähteitä)

### 3. Kotiutuminen potilaan näkökulmasta

Potilaan kotiutumisprosessissa tavoitteena on

- potilaan valinnan vapauden edistäminen palveluohjauksen avulla
- potilaan kokonaispalvelujen järjestäminen moniammatillisessa yhteistyössä tarvelähtöisesti
- iäkkäällä henkilöllä kuntoutumisen edistäminen voimavara- ja lähtöolosuhteista prosessin kaikissa vaiheissa
- terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen ja ylläpitäminen
- palvelumuotoilun kehittäminen yhteistyössä alueen kuntien ja yksityisten palvelutuottajien kanssa

Sairaalasta kotiutuvalle potilaalle on keskeistä sairaudesta paraneminen ja arjessa pärjääminen kotiolosuhteissa. Siksi on tärkeää suunnitella kotiutus kokonaisvaltaisesti yhteistyössä kotiutushoitajan / omahoitajan, kuntoutuksen asiantuntijan ja sosiaalityöntekijän sekä asuinkunnan avainhenkilöiden kanssa.

Jos potilas ei ole ollut vielä palvelujen piirissä, on ensiarvoisen tärkeää suunnitella hänelle esim. riittävä määrä kotihoidon käyntejä päivässä tai viikossa, ateriapalvelu, turvapuhelinpalvelu tms. kotona asumisen jatkumista tukeva palvelu yhteistyössä vastaanottavan kunnan kotiutustiimin tai SAS-hoitajan kanssa.

Kotiutuksen suunnittelussa arvioidaan potilaan toimintakyky, kuntoutumisen tarpeet ja sosiaalipalvelujen tarve esim. sosiaalietuudet, jotka tukevat kotona asumista. Asiakaslähtöisesti voidaan kotiutuksen yhteyteen järjestää jo sairaalassa hoitoneuvottelu, jossa ovat läsnä potilas, läheinen tai omainen, lähettävän yksikön avainhenkilöt, esim. lääkäri ja omahoitaja, kotiutushoitaja ja sosiaalityöntekijä sekä vastaanottavan yksikön avainhenkilö, esim. palvelutalon omahoitaja.

Kotiutustoiminnan tehostamisella pyritään etsimään ja löytämään nimenomaan monipalvelun käyttäjiä tai moniongelmaisia henkilöitä, joiden kokonaispalvelu ei vastaa arjessa selviytymistä, vaan hän on kerta toisensa jälkeen sairaalahoitojaksolla. Usein medikaalisen diagnoosin taustalla voi olla enemmänkin yksinäisyys tai turvattomuus iästä riippumatta, joka johtaa ns. sairaalahoitokierteeseen.

**CASE - esimerkki Hilka - iäkäs yksin kotona asuva yleistilalasku-potilas**, joka on joutunut toimintakyvyn laskun ja romahtaneen yleiskunnan vuoksi sairaalahoitojaksolle erikoissairaanhoidon. Kotiutusvaiheessa hänelle räätälöidään palvelut, jotka tukevat hänen arjessa pärjäämistään (valiten alla olevista vaihtoehdoista terveydentilan ja toimintakyvyn mukaisesti optimaalisin vaihtoehto).

Kotiutushoitajan tehtävänä on tunnistaa palveluketjun käytettävissä olevat resurssit shp:n alueella kotiutustiimin tai SAS-työntekijöiden asiantuntemusta ja työpanosta hyödyntäen:

- palveluohjaus kunnittain
- sosiaalipalvelujen tarve kotona asumisen tukemiseksi tai
- kotiin annettavat palvelut / kotihoito- ja tukipalvelut tai
- kotisairaalan palvelut tai
- palveluasuminen tai
- tehostettu palveluasuminen (huomioiden yksityiset kunnan ostopalvelukodit) tai
- vanhainkodit (laitoshoitoa) tai
- terveyskeskusten vuodeosasto
- kuntoutumista edistävä tuki kuntoutuksen asiantuntemuksen avulla

## 4. Etelä-Savon sairaanhoitopiirin ky:n koordinoivan/kotiutushoitajan tehtäväalue (KOKO-hoitaja)

Etelä-Savon sairaanhoitopiirin koordinoivan/kotiutushoitajan työnkuvat on yhdistetty yhdeksi tehtäväkokonaisuudeksi.

### 4.1. Koordinoivan hoitajan tehtäväalue on

- kotiuttaa ja järjestää jatkohoito vuodeosastolta moniongelmaiselle potilaalle tai monipalvelun käyttäjälle yhteistyössä hoitavan lääkärin, osaston henkilöstön ja jatkohoitopaikan henkilöstön kanssa. Selkeät kotiutukset tekee potilaan omahoitaja.
- kiertää eri yksiköissä lääkärin kiertojen yhteydessä tai jälkeen ja saada tieto kotiin tai jatkohoitoon lähtevistä haasteellisesti kotiutettavista potilaista. Näillä kierroilla hän tekee tunnetuksi omaa työrooliaan ja tutustuu samalla organisaation eri yksiköiden toimintaan sekä henkilöstön resurssitarpeeseen
- tunnistaa potilaan tarkoituksenmukainen kulku sairaalan sisällä yhteistyössä kotiutushoitajan ja potilasta hoitavan yksikön kanssa
- olla tietoinen sairaalan osastojen paikkatilanteesta ja ”ruuhkista”. Hänen tehtävänä on selvittää aamuisin ja iltapäivisin paikkatilanteet päivystysalueelta, erikoissairaanhoidon vuodeosastoilta ja potilaiden hoitoisuudet (resurssitarve) sekä terveystieteiden keskuksen vuodeosastojen paikkatilanteet (vapaat paikat)
- tunnistaa hoitohenkilökunnan tarkoituksenmukainen sijoittelu eri yksiköihin potilaiden hoitoisuus huomioiden
- laatia potilaslähtöisen kotiutuksen kriteerit yhteistyössä kotiutushoitajan kanssa ja kouluttaa sairaalan henkilöstöä
- laatia kotiutuksen laatukäsikirjan sähköisessä muodossa
- seurata monipalvelun käyttäjien kotiutusprosessia eurojen näkökulmasta vaihtoehtokustannuslaskelmalla, jossa seuranta-aika on 3-6 kk (loka-joulukuu 2014 ja tammi-kesäkuu 2015). Ohjeistetaan erikseen.
- koordinoivalla hoitajalla ei ole työnjohdollista asemaa

### 4.2. Kotiutushoitajan tehtäväalue on

- toimia tarvelähtöisesti potilaan kotiutusprosessissa
- työskennellä palveluohjauksellisella työotteella potilaan ohjaamisessa tarpeen mukaisesti palveluihin oikea-aikaisesti
- löytää moniongelmaisille potilaille tarvelähtöisiä hoito- ja hoivapalveluja siten, että ns. sairaalakierteestä ohjataan potilas asianmukaisesti palveluihin tai kotiutustilanteeseen, jolloin tarvitaan intensiivistä yhteistyötä esim. vanhus-, vammais-, kehitysvamma- tai perhepalvelujen kanssa. Selkeät kotiutukset tekee potilaan omahoitaja.
- käyttää asiakkaan palvelupolun eri osa-alueita yhteistyössä hoitavan lääkärin, ensihoidon, perusterveydenhuollon, sosiaalipalvelujen ja erikoissairaanhoidon kanssa
- tehdä moniammatillista yhteistyötä itseohjautuvasti tiimityön periaatteilla
- toimia sairaalan ja kuntien terveystieteiden kanssa saumattomassa yhteistyössä SAS -työpöytä laajamittaisesti hyödyntäen tiiviissä yhteistyössä kuntien SAS -työntekijöiden kanssa päällekkäistä työtä välttämällä
- tulee itse toimia yksikön resurssina niissä tilanteissa, jolloin ei ole potilaiden kotiutuksia
- olla yhteistyökykyinen, avarakatseinen ja joustava työntekijä, jolle rakentuu asiakas/potilaslähtöinen ”sillanrakentajan” -rooli koko palvelujärjestelmässä toimivien yhteistyökumppaneiden kanssa
- kotiutushoitajalla ei ole työnjohdollista asemaa

### *Kotiutustyö on "etsivää työtä"!*

Kotiutushoitaja tarvitsee aina lääkäriltä päätöksen erikoissairaanhoidon tarpeen päättymisestä, jatkohoitoon siirtymisestä tai sairaalan sisällä jatkohoito-osastolle siirtymisestä (Erikoissairaanhoidolaki § 32).

Koordinoiva/kotiutushoitajan työpanosta jaetaan sekä arkipäiville että viikonlopun päiville joustavasti ja tarvelähtöisesti.

Koordinoiva/kotiutushoitaja mallintavat yhteistyössä sosiaalityön ja kuntoutuksen asiantuntijoiden kanssa tiimin, jonka toiminnassa hyödynnetään myös ensihoidon ja psykiatrisen hoidon asiantuntemusta.

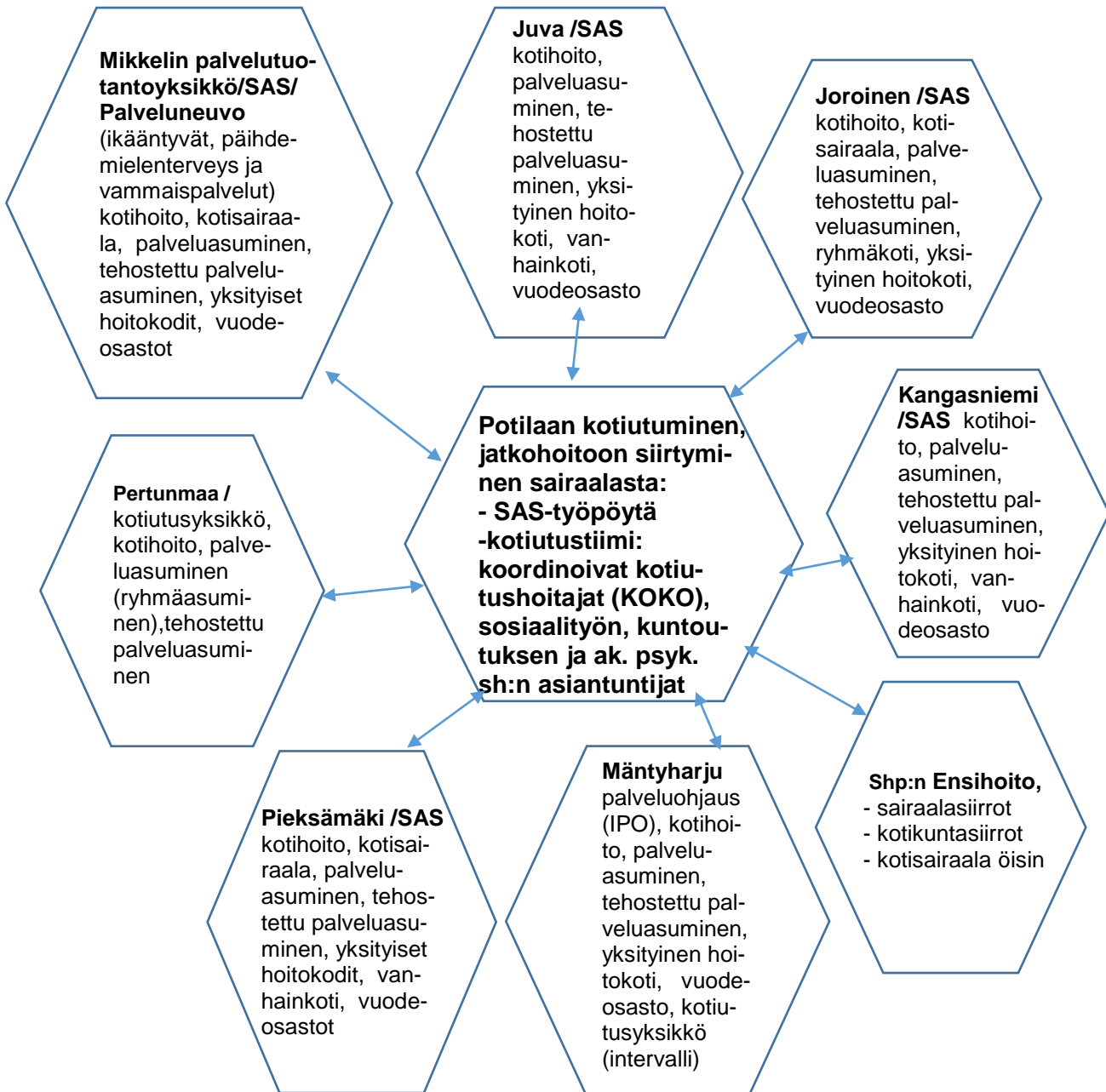
#### Mallinnetaan

- sosiaalityöntekijän asiantuntijarooli tiimissä (yhteistyössä kuntatoimijoiden kanssa)
  - i. avataan ja mallinnetaan sosiaalityön ja erityisesti gerontologisen sosiaalityön alue kotiuttamisessa
- fysioterapeutin asiantuntijarooli tiimissä (yhteistyössä kuntatoimijoiden kanssa)
  - i. avataan ja mallinnetaan kuntoutuksen rooli kotiuttamisessa
  - ii. kuntoutussuunnitelma kotiin /palveluasumiseen, liikuntaresepti
  - iii. apuvälineet
  - iv. omassa kodissa asuvilla asunnon esteettömyys (esim. portaat, kynnykset, liukkaat lattiat, tukikahvat jne.)



## 5. Kotiuttamisen alueellinen verkostomalli

Sairaanhoitopiirin kunnissa on käytössä SAS-työn ja /tai kotihoidon kotiuttamistiimeissä hoito- ja palveluketjujen alueellinen toimintamalli. Kotiutuksen tehostamisen uusi toimintamalli tiimityön periaatteella täydentää kuntien hoito- ja palveluketjujen toimivuutta.



10/2014

Irma Ahokas-Kukkonen, hankekoordinaattori  
Tuula Taivalantti-Ripatti, ylihoitaja

## 6. Perehdytys

### Tavoitteena on

- saada potilaan kotiutuminen mahdollisimman sujuvaksi ja oikea-aikaiseksi sekä tunnistaa ajoissa potilaat, jotka tarvitsevat kotiutusvaiheessa erityistä tukea yhteistyössä perusterveydenhuollon ja sosiaalipalvelujen kanssa
  - kotiutuksen kokonaisvaltainen suunnittelu ottaen huomioon potilaan kuntoutumisen edistäminen ja sosiaalipalvelujen tarpeiden selvittäminen
  - moniongelmaisten sosiaali- ja terveyspalveluiden käyttäjien ”löytäminen” kotiutusvaiheessa ja ohjaaminen hallitusti palveluiden piiriin (moniongelmaisten potilaiden kartoitus)
  - tehdä sujuvaa ja kitkatonta yhteistyötä kotiuttamisen alueellisessa verkostossa, jossa jokaisen ammattilaisen osaamista hyödynnetään päällekkäistä työtä välttäen
  - perehtyminen alueen kuntiin yhdessä ESSO-hankkeen hankekoordinaattorin kanssa, joka koordinoi tutustumiskäynnit kuntiin
- 
- Kotiutustiimiin tulevalle hoitajalle varataan alkuvaiheessa aikaa perehtyä sairaalan vuodeosastojen kotiutustoimintaan ja jatkohoidon järjestämiseen, päivystysalueeseen, ensihoitoon ja muihin tärkeisiin jatkohoidon järjestelytahoisiin. Tämän lisäksi he tekevät tutustumiskierroksen ESSO-hankkeen koordinaattorin tuella Mikkelin seudun sosiaali- ja terveystoimen ja alueen muiden kuntien sosiaali- ja terveyspalvelujen eri yksiköihin, joihin potilaita siirretään jatkohoitoon tai kotiutetaan.

## 6.1. Kehittävän vertaiskäynnin malli



## 6.2. Kehittävän vertaiskäynnin arviointilomake

Jokaisesta tutustumiskäynnistä täytetään **kehittävän vertaiskäynnin arviointilomake**, jota hyödynnetään vertaiskäynnin seurantakäynnillä ja kotiutusmallin arvioinnissa.

Vertaiskäynnin suorittaja	Vertaiskäynnin kohde
Ajankohta / ohjelma	Yhteyshenkilö kohteessa
<b>TÄYTETÄÄN ENNEN VERTAISKÄYNTIÄ:</b>	<b>TÄYTETÄÄN VERTAISKÄYNNILLÄ</b>
Kohde johon halutaan tutustua (aihe)	Tutustumisen sisältökohteet (konkreettiset)
Miten ko. asia on tutustumiskohdepaikassa?	Miten ko. asia on kohdepaikassa? Mitä tarvitaan että yhteistyö toimii? Miten yhteistyötä aiotaan kehittää edelleen?
<b>TÄYTETÄÄN VERTAISKÄYNNIN JÄLKEEN</b>	
Huomiot ja päätelmät (Huom. myös palaute tutustumiskohteeseen)	
Sovitut yhteistyön kehittämistoimenpiteet ja niiden seuranta:	

TÄYTETÄÄN NOIN PUOLI VUOTTA VERTAISKÄYNNIN JÄLKEEN
Toimintatapojen muutoksen arviointi, päätös jatkosta sekä seurannan jatkamisesta

Arvio vertaiskäynnistä:

	Erinomainen	Hyvä	Tyydyttävä	Heikko	En osaa sanoa
Tiedollinen anti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kokemuksellinen anti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Käynnin vastaaminen odotuksiin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Käynnin yhteistyömuodon saavuttaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## 7. Toiminnan seuranta ja arviointi

Kotiutustoiminnan kehittämiseksi luodaan kehittäjätyöryhmä, joka kootaan shp:n alueen keskeisiä avainhenkilöistä. Toimintamallin kehittämistyötä seurataan ja arvioidaan systemaattisesti sovitulla arviointitapaamisilla. Uuden toiminnan kehittämisen kannalta jatkuva arviointi yhteistyössä organisaation sisällä ja alueen muiden toimijoiden kanssa on välttämätöntä toiminnan tehokkaalle käynnistymiselle.

Kotiutus- ja koordinoivahoitaja arvioivat itse omaa suoriutumistaan ja onnistumistaan suhteessa toiminnalle asetettuihin tavoitteisiin, jota tarkastellaan esimiestasolla. Kehittämistoiminnalle määritellään pilotointiaika. ESSO -hanke tukee arjen kehittämistyötä kotiutuksen tiimityön rakentamisessa yhteistyössä sosiaalityön ja kuntoutuksen asiantuntijoiden kanssa.

Tehostetun kotiutustoiminnan kustannusvaikutuksia arvioidaan monipalvelukäyttäjien prosessien kautta eurotasolla, vaihtoehtoiskustannuslaskelmalla. Seuranta-aika on loka-joulukuu 2014 ja tammi-kesäkuu 2015.